

AANVRAAGFORMULIER

TAF PERSONAL NABESTAANDENVERZEKERING

BEMIDDELINGSFEE

Is de verzekeringnemer met de tussenpersoon overeengekomen dat de tussenpersoon een bemiddelingsfee zal ontvangen voor de bemiddelingswerkzaamheden die hij/zij (reeds heeft) verricht, met betrekking tot het tot stand komen van deze verzekering?

Nee Ja

Wat is het totale bedrag aan overeengekomen bemiddelingsfee? € _____

In hoeveel maandelijks termijnen moet het bedrag worden voldaan? _____ termijn(en)

Door ondertekening van dit aanvraagformulier gaat de verzekeringnemer akkoord met de hoogte van de bemiddelingsfee en de hoeveelheid incasseringstermijnen. De administrateur, TAF B.V., zal voor de afgesloten verzekering, de bemiddelingsfee in rekening brengen die is overeengekomen tussen de tussenpersoon en de verzekeringnemer.

De bemiddelingsfee is verschuldigd op de ingangsdatum van de polis en zal door de administrateur door middel van een automatische incasso worden geïncasseerd. Door ondertekening van dit aanvraagformulier machtigt de verzekeringnemer/premiebetaler de administrateur voor het automatisch incasseren van de premie van zijn/haar bank- of girorekening. De administrateur behoudt zich het recht voor incasso- en/of rechtsmaatregelen te treffen bij het in gebreke blijven van betaling door de verzekeringnemer/premiebetaler.

VERKLARING TUSSENPERSOON

De tussenpersoon verklaart de verzekeringnemer en premiebetaler geïdentificeerd te hebben en dat de gegevens, ingevuld op dit aanvraagformulier, overeenkomen met het origineel. De tussenpersoon verklaart tevens dat de handtekeningen op dit aanvraagformulier echt zijn. De tussenpersoon verklaart ook dat hem geen feiten en/of omstandigheden bekend zijn op grond waarvan de aangevraagde verzekering niet zou kunnen worden geaccepteerd.

Wordt de aangevraagde verzekering gesloten in combinatie met een hypothecair krediet? Ja Nee

Wordt de aangevraagde verzekering gesloten in combinatie met een consumptief krediet? Ja Nee



EENVOUDIG TRANSPARANT

AANVRAAGFORMULIER TAF PERSONAL NABESTAANDENVERZEKERING

SLOTVERKLARING EN ONDERTEKENING

Hierbij verzoek ik de aanvraag voor de verzekering in behandeling te nemen.

Door ondertekening van dit aanvraagformulier verklaren verzekeringnemer, verzekerde en premiebetaler tevens dat:

- a) Alle in dit formulier gestelde vragen naar waarheid en volledig zijn beantwoord.
- b) Zich ervan bewust te zijn dat verzekeraar het recht heeft het contract te annuleren en betaling van bepaalde uitkeringen te weigeren wanneer de verstrekte informatie onjuist en/of onvolledig is.
- c) Bekend is dat de verzekering pas ingaat op het moment dat verzekeraar de aanvraag heeft beoordeeld en aanvaard.
- d) Bekend is dat de koopsom of premie kan verschillen als verzekerde tijdens de behandeling van deze aanvraag een maand ouder is geworden.
- e) Bekend is dat verzekeraar werkt volgens gedragscode 'Verwerking persoonsgegevens financiële instellingen'. Dit betekent onder andere dat toestemming wordt verleend aan verzekeraar alle gegevens te delen met andere partijen en andere maatschappijen voor zover dit nodig is ten behoeve van het beoordelen en accepteren van risico's, het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten én het afwickelen van het betalingsverkeer.
- f) Bekend is dat verzekeringnemer het recht heeft de aanvraag voor deze verzekering te herroepen. Herroeping van de verzekering betekent, conform de regels van de Autoriteit Financiële Markten (AFM), dat verzekeringnemer tot 30 dagen ná afgifte van de polis de mogelijkheid heeft zonder opgaaf van reden de polis terug te sturen naar TAF B.V.
- g) Zij de polisvoorwaarden hebben ontvangen, gelezen, begrepen en geaccepteerd.
- h) Zij zich bewust zijn van de bepalingen in dit aanvraagformulier en deze aanvaarden als onderdeel van de contractuele overeenkomst.

Plaats:

Datum: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Handtekening verzekeringnemer:

Handtekening verzekerde:

Handtekening premiebetaler:

Handtekening tussenpersoon:

Alleen in te vullen door de tussenpersoon, indien noodzakelijk:

| | | |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| TPKK verwerken in aanvraag: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Maand- of jaarpremie: | % | |
| Koopsom of aanvangsstorting: | % | |

AANVRAAGFORMULIER

TAF PERSONAL NABESTAANDENVERZEKERING

RISICOVRAGEN VOOR DE VERZEKERDE

Beoefent u een risicovolle sport of vrijetijdsactiviteit zoals auto- of motorsport, bergsport, duiksport, deltavliegen of sportvliegen?

Nee Ja

Welke activiteit? _____

Hoe vaak per jaar? _____

Bent u, buiten de vakanties om, ooit in het buitenland op reis geweest, of heeft u in het buitenland gewoond?

Nee Ja

Welk(e) land(en)? _____

Wanneer? _____

Hoe lang? _____

Reden: _____

Bent u van plan om, buiten de vakanties om, in het buitenland op reis te gaan of in het buitenland te gaan wonen?

Nee Ja

Welk(e) land(en)? _____

Wanneer? _____

Hoe lang? _____

Reden: _____

Drinkt u alcoholische dranken?

Nee Ja

Aantal glazen bier (250 ml per glas) per week: _____

Aantal glazen wijn (175 ml per glas) per week: _____

Aantal glazen sterke drank (35 ml per glas) per week: _____

Heeft u ooit het advies gekregen uw alcoholgebruik te minderen?

Nee Ja

Wanneer? _____

Door wie? _____

Waarom? _____

Rookt u of heeft u de afgelopen 24 maanden gerookt of tabakswaaren gebruikt? (w.o. sigaren, sigaretten, pijpen en eventuele nicotinevervangende therapie, enz.) Er kan u gevraagd worden een test af te leggen om uw niet-rokersstatus te bevestigen.

Nee Ja

Wat rookt(e) u? _____

Hoeveel rookt(e) u per dag? _____

Rookt u nog steeds? Ja Nee

Wanneer bent u gestopt? |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__|

Gebruikt u drugs of heeft u ooit drugs gebruikt, anders dan als behandeling voor een aandoening?

Nee Ja

Welke drugs gebruikt(e) u? _____

Gebruikt u nog steeds drugs? Ja Nee

Wanneer bent u gestopt? |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__|

GEZONDHEIDSVERKLARING

TAF PERSONAL NABESTAANDENVERZEKERING

11. Hebt u momenteel, of hebt u gedurende de laatste vijf jaar, medicijnen, raadpleging, therapie of enige andere vorm van behandeling voorgeschreven gekregen? Voorbehoedsmiddelen kunnen buiten beschouwing worden gelaten. Nee Ja *)

12. Is uw bloed weleens onderzocht op bijvoorbeeld bloedarmoede, bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (bijvoorbeeld cholesterol) of geelzucht (hepatitis), HIV, of bent u in afwachting van een dergelijke test of de resultaten ervan?

Nee Ja *)

Waarom wordt/werd uw bloed onderzocht? _____

Waarop wordt/werd uw bloed onderzocht? _____

Wanneer vindt/vond dit onderzoek plaats? |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__|

Wat is/was het resultaat?

13. Lijdt u aan of heeft u geleden aan één of meer van de volgende aandoeningen, ziekten en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder)?

U bent verplicht 'nee' of 'ja' aan te kruisen.

- ziekten van de hersenen of zenuwen zoals beroerte, toevallen, spierziekten, hoofdpijn, duizeligheid Nee Ja *)

- aandoeningen van longen of luchtwegen, astma, bronchitis, borstkasklachten, kortademigheid, hyperventilatie, pleuritis, langdurig hoesten of allergie Nee Ja *)

- artritis, gewrichtsklachten of bloedstoomnis Nee Ja *)

- rug- of ruggenmergklachten, reuma of spier- of gewrichtsproblemen Nee Ja *)

- goed- of kwaadaardige zwelling(en) of tumor(en), kwaadaardige aandoeningen, bloedziekte of bloedarmoede Nee Ja *)

- verhoogde cholesterol, suikerziekte, jicht, schildklierafwijkingen, stofwisselingsziekten of hormoonafwijkingen Nee Ja *)

- aandoeningen aan slokdarm, maag, darmen, spijsverteringskanaal, lever, galblaas of alveesklier Nee Ja *)

- oor- of oogstoornis Nee Ja *)

- verhoogde bloeddruk, hartconditie, beklemming of pijn op de borstkast of hartkloppingen, ziekten van hart of bloedvaten Nee Ja *)

- aandoeningen aan nieren, blaas, urinewegen of geslachtsorganen Nee Ja *)

- zenuw- of mentale stoornis inclusief angst, depressie, stress, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid, burnout of psychiatrische stoornis Nee Ja *)

- zenuw- of mentale stoornis inclusief angst, depressie, stress of psychiatrische stoornis Nee Ja *)

- verhoogde bloeddruk, beroerte of epilepsie Nee Ja *)

- aandoeningen van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder knie, nek, schouders), bekkeninstabiliteit, reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, multiple sclerose, kromme rug, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, ischias of RSI Nee Ja *)

- huidaandoeningen, spataderen, open been, fistels, trombose of embolie Nee Ja *)

- neusaandoeningen, bijholteontsteking, keelaandoening, strottehoofd- of stembandaandoeningen Nee Ja *)

- ziekte, aandoening en/of gebrek (hier vallen ook klachten onder) die niet onder bovengenoemde categorieën vallen Nee Ja *)

Plaats:

Datum: |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__|

Handtekening verzekerde:

*) Wanneer u 'ja' heeft geantwoord op één van deze vragen, vul dan op de volgende pagina de tien vragen per ziekte of toestand in.

Er is ruimte voor maximaal twee ziektes. Hebt u vaker dan twee keer 'ja' ingevuld, maak dan een kopie van de tien vragen.

GEZONDHEIDSVERKLARING

TAF PERSONAL NABESTAANDENVERZEKERING

Ziekte/toestand 1

1. Geef een omschrijving van de ziekte/aandoening/gebrek of klacht: _____

2. Wat was de feitelijke diagnose? Wanneer de diagnose onzeker is, kunt u de symptomen vermelden. _____

3. Wanneer was de toestand voor het eerst vastgesteld? Datum: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

4. Wanneer zijn de symptomen voor het laatst waargenomen? Datum: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Symptomen zijn er nog steeds

5. Bezoekt u of heeft u een dokter, ziekenhuis of kliniek bezocht voor regelmatige controle?

Nee Ja

Laatste controle: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Vervolgcontrole: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Welke arts of hulpverlener heeft u hiervoor bezocht? Naam: _____

Specialisme: _____

Staat u nog onder controle? Ja Nee

Heeft u nog klachten? Ja Nee

6. Welke medicijnen en/of behandelingen zijn of waren vereist? Bijvoorbeeld tabletten, inhalers, injecties, steroïden, dieet of therapie.

Soort medicijn(en)/behandeling(en): _____ Gebruik medicijn(en)/behandeling(en) per: _____

Gebruikt u deze medicijn(en)/behandeling(en) nog steeds? Ja Nee, beëindigd per : |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

7. Werd of wordt u behandeld als een externe patiënt of werd u opgenomen in het ziekenhuis?

Extern Opgenomen

Datum opname: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Details: _____

8. Zijn alle behandelingen in het ziekenhuis stopgezet? Nee Ja, wanneer: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

9. Welke delen van het lichaam zijn of waren aangetast? _____

10. Worden uw normale activiteiten beïnvloed?

Nee Ja

Handtekening verzekerde:

Details: _____

GEZONDHEIDSVERKLARING

TAF PERSONAL NABESTAANDENVERZEKERING

Ziekte/toestand 2

1. Geef een omschrijving van de ziekte/aandoening/gebrek of klacht: _____

2. Wat was de feitelijke diagnose? Wanneer de diagnose onzeker is, kunt u de symptomen vermelden. _____

3. Wanneer was de toestand voor het eerst vastgesteld? Datum: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

4. Wanneer zijn de symptomen voor het laatst waargenomen? Datum: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Symptomen zijn er nog steeds

5. Bezoekt u of heeft u een dokter, ziekenhuis of kliniek bezocht voor regelmatige controle?

Nee Ja

Laatste controle: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Vervolgcontrole: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Welke arts of hulpverlener heeft u hiervoor bezocht? Naam: _____

Specialisme: _____

Staat u nog onder controle? Ja Nee

Heeft u nog klachten? Ja Nee

6. Welke medicijnen en/of behandelingen zijn of waren vereist? Bijvoorbeeld tabletten, inhalers, injecties, steroïden, dieet of therapie.

Soort medicijn(en)/behandeling(en): _____ Gebruik medicijn(en)/behandeling(en) per: _____

Gebruikt u deze medicijn(en)/behandeling(en) nog steeds? Ja Nee, beëindigd per : |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

7. Werd of wordt u behandeld als een externe patiënt of werd u opgenomen in het ziekenhuis?

Extern Opgenomen

Datum opname: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Details: _____

8. Zijn alle behandelingen in het ziekenhuis stopgezet? Nee Ja, wanneer: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

9. Welke delen van het lichaam zijn of waren aangetast? _____

10. Worden uw normale activiteiten beïnvloed?

Nee Ja

Handtekening verzekerde:

Details: _____
